

LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

A L'HOPITAL DE LA MARINE
DE ROCHEFORT

PENDANT L'ANNÉE 1882

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Novembre 1883

Par M. Camille AUDRY

Né à SAINT-MARD (Charente-Inférieure)

Médecin de première classe de la Marine en retraite,
Chevalier de la Légion d'honneur.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES
ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL, DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES,
DE LA SOCIÉTÉ LANGUEDOCIENNE DE GÉOGRAPHIE.

1883

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ☼ ✚..... DOYEN
 CASTAN }
 COMBAL ☼ } ASSESSEURS

PROFESSEURS :

Opérations et Appareils.....	MM. BOUISSON. O ☼ ✚, Doct. H.
Pathologie externe.....	BOYER ☼.
Accouchements.....	DUMAS ☼.
Clinique médicale.....	DUPRÉ ☼ C ✚.
Anatomie.....	BENOIT ☼ ✚.
Clinique médicale.....	COMBAL ☼ ✚.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	CAVALIER ☼.
Physique médicale.....	MOITESSIER ☼.
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL ☼.
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON ☼ ✚.
Physiologie (Chargé du Cours).....	LANNEGRACE,
Clinique chirurgicale.....	N...

MARTINS (O ☼) FONSSAGRIVES (O ☼) COURTY (☼), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

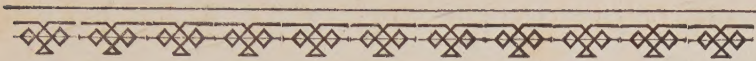
MM. JACQUEMET.	MM. CHALOT.	MM. DUMAS fils.
DE GIRARD.	BIMAR.	BLAISE.
SERRE.	LANNEGRACE.	BAUMEL.
ROUSTAN.	MOSSÉ.	VILLE.
CARRIEU.	REGIMBEAU ☼.	GRANEL.
MAIRET.	TÉDENAT.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. COMBAL, président ;
 BERTIN-SANS, professeur ;
 MOSSÉ, agrégé ;
 BAUMEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

A L'HOPITAL DE LA MARINE
DE ROCHEFORT

PENDANT L'ANNÉE 1882

Si la ville de Rochefort ne peut pas se dire encore indemne des atteintes de la malaria, laquelle, jusqu'à une époque peu éloignée, lui constituait une réputation de grande insalubrité, en revanche, et quoi qu'il en soit de l'antagonisme prétendu entre le paludisme et la dothiéntérie, elle a pu être signalée depuis longtemps comme jouissant, vis-à-vis de la fièvre typhoïde, d'une immunité relative. Cette immunité est d'autant mieux accusée, qu'en sa population, la plus importante de la région par le nombre, entrent les éléments jeunes de son arsenal, de son collège, de sa garnison à laquelle viennent annuellement s'incorporer 1,500 à 2,000 recrues, militaires et marins.

Dans l'hiver 1882-1883, sans cependant que le nombre en soit considérable, des cas de fièvre typhoïde ont été observés, qui sont venus témoigner qu'à Rochefort aussi, ont agi, à un certain degré, les influences qui ont sévi avec rigueur en plusieurs points du pays, désolant en particulier, au loin, la

capitale, et jetant tout près, dans la ville de Saintes, la plus vive émotion.

Cette épidémie a déjà inspiré plusieurs Thèses inaugurales, elle a donné lieu à des rapports, elle a appelé successivement à la tribune de l'Académie de Médecine les membres les plus autorisés de la savante Compagnie ; et les plus modestes devant, dans notre profession plus qu'en toute autre, apporter leur contribution à l'œuvre commune, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant et utile, en relevant un certain nombre de cas observés dans une localité particulière, d'en retracer la physionomie en vue de l'étude comparée des épidémies disséminées en des points différents de la France.

Trente-quatre cas de fièvre typhoïde ont été soignés dans les hôpitaux de Rochefort, du mois d'août 1882 au mois de février 1883 : dix à l'hôpital civil, vingt-quatre à l'hôpital de la Marine.

Ce sont ces derniers qu'il m'a été possible de suivre et d'étudier ; c'est donc d'après les observations recueillies dans les salles de la Marine que je vais essayer d'esquisser l'histoire de cette petite bouffée épidémique.

Il est un fait reconnu par tous les médecins qui ont pratiqué et qui pratiquent encore à Rochefort : la fièvre typhoïde y est excessivement rare. Les quelques cas que l'on trouve signalés dans les statistiques de l'hôpital de la Marine, dans celles plus générales de la ville, ont presque toujours une origine extérieure ; ce sont, dans les salles de la Marine, des matelots envoyés de la rade par des navires qui y arrivent ; dans la ville ou à l'hôpital civil, des étrangers surpris par la maladie dont ils ont apporté le germe avec eux. L'affection qui constitue pendant l'été, à l'époque des grandes chaleurs, la véritable endémie est ce qu'on appelle « fièvre muqueuse », et qui n'est réellement qu'un embarras gastrique avec fièvre palustre subcontinue, offrant pendant cinq à six jours des symptômes typhoïdes n'ayant pour

symptômes abdominaux qu'une constipation opiniâtre et durant au plus huit à dix jours. Véritable ébauche de la typhoïde palustre, dont je parlerai plus tard.

MARCHE. — DURÉE.

Dans le mois d'août 1882, deux malades présentent des symptômes typhoïdes ; mais ce n'est pas, cette fois, la fièvre palustre, dont je parlais tout à l'heure, qui se déclare : c'est bien la do-
chiéentérie avec tout son cortège d'accidents nerveux, abdominaux et thoraciques bien nets, bien tranchés. Pendant le mois de septembre et le commencement d'octobre, au moment où l'épidémie de Saintes est dans toute sa violence, où l'Académie de Médecine, émue des progrès de l'affection à Paris, la met à son ordre du jour, plusieurs malades entrent à l'hôpital, presque tous gravement atteints.

La fin d'octobre, les trois premières semaines de novembre, se passent sans nouveaux cas ; mais à la fin de novembre, pendant une nouvelle poussée de l'épidémie de Saintes, plusieurs malades venus de différentes casernes sont atteints. Très grave chez les premiers de cette nouvelle période, la maladie devient presque bénigne chez les derniers.

C'est le 12 décembre que rentre le dernier cas ; c'est au mois de janvier qu'il est permis de considérer la poussée épidémique comme terminée.

Je vais tout d'abord donner avec plus ou moins de détails, suivant son importance, chacune des observations ; je chercherai ensuite quelle a pu être la cause du développement anormal de cette affection ; j'étudierai les principaux symptômes, les accidents qu'elle a présentés pendant ces quelques mois, et je terminerai en disant quelques mots du traitement employé.

OBSERVATIONS.

C'est dans la salle des Enfants que la maladie fait sa première apparition; c'est d'ailleurs le seul cas constaté chez les nombreux apprentis de l'arsenal.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Fièvre typhoïde légère.

François R..., 14 ans, apprenti charpentier. Symptômes parfaitement tranchés, courbes thermiques régulières, maximum de température 39°,3; au pouls 120. Convalescence franche le 20^{me} jour. Rentre le 8 août, sort le 14 octobre.

Le deuxième cas arrive quelques jours plus tard, mais la maladie remonte à peu près à la même époque.

OBSERVATION II.

Fièvre typhoïde adynamique.

Pierre L..., ouvrier du port, 18 ans. Malade depuis quinze jours; au début, fièvre intermittente quotidienne; arrive à la période d'état (22 août): hébétude, subdélirium, diarrhée, douleurs abdominales, météorisme. Pas d'éruption. Foie et rate très volumineux. T. 40; P. 100. Période d'état remarquable par la différence anormale entre la température du matin et celle du soir: elle est de 1°,5 le 27; les autres jours, de 1° ou de 8/10° de degré. T. maxima 40°,5. Plaies de position. État adynamique. Convalescence longue, pendant laquelle surviennent plusieurs accès de fièvre palustre.

Traitement. — Toniques, une seule fois de l'acide salicylique,

1 gram. le 29. Pendant plusieurs jours, acide phénique en lavements, 1 gram., puis 50 centigram.

Le tracé donné par le thermomètre pendant la période d'état n'est pas franchement celui de la fièvre typhoïde, et on peut se demander, surtout en voyant les accès du début, ceux de la convalescence, si ce n'était pas une fièvre palustre à forme typhoïde.

Trois nouveaux cas, les 1^{er}, 5 et 6 septembre. Ce sont des hommes de l'escadre de la Manche, qui se trouve alors en rade de l'île d'Aix. Ces trois hommes arrivent, l'affection étant déjà à la période d'état.

OBSERVATION III.

Fièvre typhoïde adynamique.

Alexandre D. ., 20 ans, matelot. Fièvre grave. T. maxima 40°, 2. Taches rosées. Pendant la période d'état, fluxion pulmonaire assez sérieuse; adynamie. Pas de délire.—Toniques; lavements phéniqués. Convalescence le vingtième jour.

OBSERVATION IV.

Fièvre ataxique.

Jean-Marie L..., matelot, 20 ans. Météorisme, délire. Éruption papuleuse suivie d'ecthyma et de furoncles; dix-huitième jour, convalescent; quelques accès de fièvre intermittente.

OBSERVATION V.

Fièvre ataxique.

Louis U..., 21 ans, matelot. Période d'état à température élevée, 40°, 8. Délire; pas d'éruption. Pouls, 120; fluxion broncho-pulmonaire à gauche très grave. Convalescence assez rapide, commencée le seizième jour. Quelques accès de fièvre intermittente.

Trois hommes de l'infanterie de marine, revenant des grandes manœuvres, dans le midi de la France, entrent les 24, 25, 26 septembre.

OBSERVATION VI.

Fièvre typhoïde légère.

Bernard S. ., sous-officier, 24 ans. Symptômes abdominaux ; éruption, périodes thermiques régulières. T. maximum 39°,5 ; P. 110. Convalescence normale le dix-huitième jour.

OBSERVATION VII.

Fièvre adynamique.

Jean Ch..., soldat, 23 ans. Malade depuis quatre jours. État très grave à l'entrée. T. au-dessus de 40° ; P. à 110. Le sixième jour, le thermomètre étant à 41°, on donne pendant deux jours 4 gram. d'acide salicylique ; les jours suivants, des lavements phéniqués à 50 centigram. Éruption caractéristique, puis scarlatiniforme. Le huitième jour, fluxion broncho-pulmonaire grave. — Nombreuses ventouses, et enfin vésicatoire malgré l'état adynamique. Diarrhée. Eschares de la région sacrée.

15. Paralysie du voile du palais. Pendant quelques jours température plus élevée le matin que le soir.

23. Seulement (vingt-septième jour de l'entrée à l'hôpital) commence la période décroissante ; la veille, la température avait été le matin 39°,8, le soir 40°,4. La température ne revient normale que le 2 novembre. La paralysie du voile du palais a persisté pendant quinze jours environ. Convalescence assez rapide, étant donné l'état du malade. Un fait remarquable, c'est qu'à partir du 10 octobre, le pouls, qui jusqu'alors avait été au-dessus de 100, tombe à 85 et ne dépasse plus 90, quelque hautes que soient les températures.

OBSERVATION VIII.

Fièvre typhoïde adynamique. — Mort.

Pierre P..., soldat, 22 ans. Arrive le 28 septembre, malade depuis plusieurs jours. T. 40°,5 ; P. 112 ; fuliginosités de la langue et des gencives, délire ; malgré l'acide salicylique (4 gram. pendant deux jours), les lavements phéniqués, les potions toniques, l'état s'aggrave de plus en plus ; la température est moins élevée, mais le pouls devient petit, filiforme, au-dessus de 130, et le malade meurt le 4 octobre.

AUOPSIE trente-six heures après. On ne trouve, comme lésion, que trois petites ulcérations de l'intestin grêle, près de la valvule. Rien dans le reste de l'intestin.

La gravité de ces deux derniers cas s'explique par les circonstances au milieu desquelles la maladie s'était développée. Les grandes manœuvres venaient de se terminer près d'Avignon, et il est probable que ces hommes avaient fait leur voyage de retour déjà atteints.

Le 5 octobre, un ouvrier du port entre à l'hôpital. Pour ce malade comme pour les deux premiers, aucune cause extérieure ne peut être invoquée. Cet homme a de nombreux séjours à l'hôpital, mais il en est sorti depuis plus d'un mois : sa maladie ne peut être attribuée à son séjour dans une salle de l'hôpital où se trouvent les sujets des précédentes observations.

OBSERVATION IX.

Fièvre typhoïde adynamique. — Mort.

G..., ouvrier du port, 28 ans, constitution affaiblie par de nombreuses maladies antérieures, paraît tout d'abord être atteint d'embarras gastrique avec constipation.

11. Les symptômes s'aggravent : la diarrhée commence ;

le pouls ne dépasse pas 80, mais le thermomètre monte jusqu'à 40°,4. Douleurs abdominales vives, taches rosées, météorisme.

19. Plaies de position, stupeur ; le pouls est à 110.

20. Symptômes thoraciques graves que les ventouses n'arrêtent pas.

22. On applique un vésicatoire qui le lendemain est recouvert de fausses membranes.

24. Le malade succombe le matin : P. 120 ; T. 40°,3.

AUTOPSIE. — Émaciation considérable. Vaste eschare à la région sacrée ; fausses membranes sur le vésicatoire. Foie volumineux, dur, résistant ; fortes adhérences à la face supérieure et postérieure du grand lobe. Pas d'épanchement péritonéal. L'intestin grêle, dans toute l'étendue de son tiers inférieur, est manifestement congestionné ; à partir du cœcum, nombreuses plaques à forme arrondie, saillantes à la surface de la muqueuse, présentant l'aspect de végétations dures au toucher. En plusieurs points, la séreuse est tellement amincie que la perforation semble imminente. Les ulcérations les plus avancées dans leur processus sont situées dans le voisinage du cœcum. Les autres parties de l'intestin ne présentent qu'une hyperhémie générale. Les ganglions mésentériques sont volumineux, violacés, ramollis.

Deux nouveaux cas, le 7 et le 13 octobre : ce sont des soldats d'infanterie de marine revenant, *mais depuis quinze jours*, des grandes manœuvres.

. OBSERVATION X.

Fièvre typhoïde légère.

Louis R..., soldat, arrive au douzième jour de la maladie. Pas de taches rosées, mais tous les autres symptômes. Thermomètre monte jusqu'à 40°,7, mais le pouls n'est qu'à 100°. La période de décroissance commence le 18 ; convalescence franche. Deux accès de fièvre intermittente.

OBSERVATION XI.

Fièvre typhoïde légère.

Auguste B..., sous-officier. Symptômes réguliers. Pas d'accident. La rémission est franche, la convalescence rapide.

Pendant la dernière partie du mois d'octobre et les trois premières semaines de novembre, pas un seul malade à signaler. C'est seulement à la fin du mois que commence la série d'entrée qui constitue la véritable poussée épidémique.

OBSERVATION XII.

Fièvre typhoïde régulière.

François B..., soldat d'infanterie de marine, 24 ans. Fièvre typhoïde régulière caractérisée par de hautes températures, par une période de décroissance thermique prématurée, malgré des symptômes adynamiques encore graves. Le pouls n'a jamais dépassé 100°.

OBSERVATION XIII.

Fièvre typhoïde légère. — Rechute. — Mort.

Jean L..., artilleur de marine, 22 ans, entre le 26 novembre. A son entrée, trois jours de maladie ; langue sèche, rugueuse ; rêvasseries, puis délire ; ventre météorisé, douleurs, taches rosées nombreuses. — T. soir 40°,5.

7 décembre. Amélioration légère.

12. La température et le pouls sont normaux. La convalescence est franchement établie. Y a-t-il quelque écart de régime malgré les recommandations ?

19 au matin. 40° ; le soir 39°,9. — Diarrhée, délire, et malgré les toniques, les lotions vinaigrées, le malade s'affaisse peu à peu. On tente, mais inutilement, l'injection d'éther.

30. Le malade meurt.

AUTOPSIE. — Ganglions mésentériques engorgés, intestins ouverts : nombreuses ulcérations, les unes cicatrisées, d'autres tendant à la guérison, le plus grand nombre tendant à la perforation de l'intestin.

OBSERVATION XIV.

Fièvre typhoïde grave ; hémorrhagie nasale ; adynamie. — Mort.

Louis G..., soldat d'infanterie de marine. Forte constitution, pas d'antécédents morbides.

A l'entrée, 28 novembre, 40°,4 ; P. 92 ; subdélirium.

29. Taches rosées, langue fuligineuse ; délire. Sous l'influence du traitement par les toniques, les lotions vinaigrées, l'acide phéniquée en lavement, 0^{re},50, la maladie semblait vouloir s'améliorer lorsque le 5 décembre survient une hémorrhagie nasale que le tamponnement seul peut arrêter. A partir de ce moment, état adynamique. La température se maintient élevée : matin 39°,5 ; le soir 40°,2 ; le pouls augmente, 130 la veille de la mort, qui survient le 14 décembre. Véritable asphyxie.

AUTOPSIE. — Étalé et incisé le long du mésentère, l'intestin est parsemé de follicules tuméfiés, durcis ; les plaques de Peyer, elliptiques ou arrondies, proéminent fortement, à l'opposé de l'insertion mésentérique, sur une étendue de plusieurs centimètres. Elles sont molles, d'une couleur blanc mat tranchant sur la teinte générale de la muqueuse. Elles ne sont pas ulcérées. Rien dans le gros intestin. Les poumons ne crépitent pas ; à l'incision, grande quantité de sérosité rougeâtre et spumeuse.

OBSERVATION XV.

Fièvre typhoïde légère. Symptômes abdominaux complets.

Pierre F..., soldat d'infanterie de marine, 23 ans. Toniques, lotions, quinine. Convalescence rapide, entravée vers le commencement de janvier par des accès de fièvre intermittente quotidienne. Le malade avait deux ans de séjour à Rochefort.

OBSERVATION XVI.

Fièvre typhoïde grave. Fluxion broncho-pulmonaire. — Mort.

Victor D..., infirmier de la marine, 18 ans. Fait le service dans une des salles où se trouvent les hommes atteints de dothiéntérie.

Au service depuis quelques mois seulement; bonne constitution. Malade depuis trois jours.

Le 2 décembre, matin...	38°,5	soir...	39°,5
3	—	38°,6	— 39°,6
4	—	38°,6	— 39°,8
5	—	38°,6	— 39°,6
6	—	38°,4	— 39°,9

Jusqu'alors le traitement avait consisté en un purgatif salin, des potions toniques, du sulfate de quinine.

6. On commence les lotions vinaigrées, trois par jour.

7 décembre, matin...	38°,8	soir...	39°,9
8	—	39°	— 39°,6
9	—	39°,6	— 39°,9
10	—	40°	— 40°,4

11. Quelques râles sibilants à droite, selles diarrhéiques, nombreuses taches rosées. — Sulfate de quinine 1 gram.; lavement, décoction de quinquina avec 5 gouttes de laudanum; nombreuses ventouses sèches. — T. matin, 40°,4; soir, 40°4.

12. Contractions fibrillaires, soubresauts des tendons. Pas de délire, stupeur, gêne respiratoire augmente; rien dans le poumon gauche. — Vésicatoire.

15. La température tombe, mais ce n'est que le prélude de l'agonie, qui a lieu le 16. L'autopsie n'ayant pas été faite, j'ai relaté toutes les températures afin de pouvoir m'appuyer sur le tracé thermique pour prouver que c'est une fièvre typhoïde et non une tuberculose aiguë que nous avons à soigner.

OBSERVATION XVII.

Fièvre typhoïde légère.

Pierre R..., soldat d'infanterie de marine, 21 ans. Constitution affaiblie par une pleurésie grave pour laquelle il vient de jouir d'un congé de trois mois.

3 décembre. Malade depuis huit jours; deux épistaxis, diarrhée, taches rosées. — T. maximum 40°,3. La maladie a une marche régulière. Pas de symptômes thoraciques. Convalescence le vingtième jour de la maladie; elle est retardée par quelques accès de fièvre paludéenne. — Toniques, lotions vinaigrées, quinine.

OBSERVATION XVIII.

Fièvre typhoïde grave.

Pierre H..., canonnier de l'artillerie de marine. Tous les symptômes, épistaxis, taches, symptômes nerveux, hébétude, stupeur. Les périodes thermiques régulières. — Maximum soir, 39°,5. La convalescence est lente, mais n'offre aucune particularité.

OBSERVATION XIX.

Fièvre typhoïde légère. — Rechute.

Pierre G..., 22 ans, soldat d'infanterie de marine. Rechute. La première atteinte dure du 8 décembre au 30, jour où la convalescence paraît commencer sans que le thermomètre soit monté au-dessus de 39°,7 et le pouls au-dessus de 100. Le seul symptôme intéressant, c'est l'abondance des sueurs à partir du dix-huitième jour. Rechute le 11 janvier. Plusieurs jours, la température monte le soir à 39°,2. Enfin le 28 janvier, c'est-à-dire le cinquantième jour de séjour à l'hôpital, amélioration définitive. Longue convalescence, expliquée par la faiblesse causée à la fois par les sueurs et la rechute.

OBSERVATION XX.

Fièvre typhoïde légère.

Paul L..., soldat d'infanterie de marine. Fièvre typhoïde légère caractérisée par des différences de un degré $1/2$ entre la température du matin et celle du soir, dans une partie de la période d'état, ce qui pouvait faire penser, comme pour l'Observation II, que c'était une fièvre palustre à forme typhoïde. Deux raisons m'ont fait accepter cette observation : premièrement, l'apparition au septième jour des taches rosées et de la douleur abdominale ; deuxièmement, l'époque de l'année ne permet pas de songer à une fièvre intermittente grave. Quelques accès de fièvre pendant la convalescence.

OBSERVATION XXI.

Fièvre typhoïde légère.

Louis D., matelot infirmier. Rentre à l'hôpital le 27 décembre, cinq jours après en être sorti. Tout d'abord, de véritables accès de fièvre intermittente ; constipation. Symptômes typhoïdes peu marqués ; le thermomètre juge seul la question et montre la période d'état parfaitement caractérisée. Vers le 10 janvier, T. matin, $38^{\circ},6$; soir, $39^{\circ},3$.

15. Taches rosées. Défervescence franche le 17 seulement. Convalescence un peu lente.

Observation remarquable par le peu de fréquence du pouls, qui n'a pas dépassé 90, malgré les hautes températures de $39^{\circ},5$, $39^{\circ},6$. La maladie a été probablement contractée à l'hôpital pendant le premier séjour dans la même salle.

OBSERVATIONS XXII ET XXIII.

Ces deux malades sont des infirmiers atteints vers la fin de décembre, en soignant les dothiëntériques.

Le premier, âgé de 21 ans, eut une fièvre typhoïde à forme pectorale, dont la convalescence fut très longue.

Le second eut au vingt-cinquième jour, en pleine convalescence, une rechute qui devint très grave. Il se trouvait encore à l'hôpital, mais sur le point de sortir, le 15 mars 1883.

OBSERVATION XXIV.

Fièvre typhoïde légère.

Victor V.... Accidents péritonéaux. Tumeur au niveau de la région iléo-cœcale. Guérison.

26 décembre. Au douzième jour d'une fièvre continue, survenue pendant un séjour à l'hôpital pour herpès, cet homme éprouve d'emblée, dans toute la région abdominale, une douleur excessivement aiguë. C'est en allant à la selle (sans le secours de personne) que cette douleur le surprend. La plus légère pression, surtout dans la région iléo-cœcale, est insupportable; frissons pendant plus d'une heure. Pas d'altération marquée du faciès, pas de vomissements, pas de nausées; le pouls est petit, mais à 84 seulement. T. 40°. — Collodion riciné, opium à l'intérieur. Les jours suivants, même état.

28. On perçoit dans la région iléo-cœcale un noyau d'induration. T. 39°,1; P. 92.

8 janvier. Empâtement circonscrit, profond, au niveau du cœcum, d'une étendue de 4 centim. de large sur 7 de longueur, véritable tumeur paraissant vouloir s'ouvrir à l'extérieur. — Application de caustique de Vienne. Jusqu'au 15 janvier, la tumeur semble augmenter de volume. De temps en temps le malade est pris de frissons, de vomissements, de nausées.

20. Les symptômes généraux tendent à disparaître et la tumeur diminue. Dans les premiers jours de février, on ne trouve plus qu'un léger noyau d'induration, qui persiste jusqu'à la sortie du malade, c'est-à-dire jusqu'à la fin du mois de mars.

Comme je l'ai dit au commencement, dix dothiésentériques ont été soignés à l'hôpital civil, pendant la même période : six entrés à la fin de novembre, quatre à la fin de septembre.

Tous ces cas sont caractérisés par leur peu de gravité, malgré d'assez hautes températures. Un seul cas mortel ; encore l'observation fait-elle naître quelques doutes : l'enfant a succombé au milieu d'accidents pulmonaires et l'autopsie n'a pu être faite.

DIAGNOSTIC.

La lecture de ces observations ne permet guère de mettre en doute le diagnostic, et cependant il en est trois pour lesquelles l'hésitation est permise. Les Observations II et XX ne seraient-elles pas des fièvres palustres à forme typhoïde ? l'Observation XVI ne serait-elle pas une tuberculose aiguë à marche très rapide ?

Avant de dire pourquoi je regarde ces deux cas comme étant réellement des dothiésentéries, il est nécessaire, je crois, de bien établir ce qu'est la fièvre palustre à forme typhoïde : « La typhoïde palustre, dit Laveran dans son *Traité de pathologie interne*, présente une analogie frappante avec la fièvre typhoïde vraie ; elle n'en diffère que par l'absence de symptômes abdominaux pendant la vie et l'absence, à l'autopsie, des lésions intestinales caractéristiques de cette dernière ». A cette description, si courte et si exacte, on pourrait ajouter, je crois, que le tracé thermométrique s'éloigne sensiblement du tracé classique de la fièvre typhoïde ; les oscillations de la température présentent, du jour au lendemain, des écarts bien plus considérables. C'est ce fait que je vais essayer d'établir en donnant deux observations qui me paraissent probantes. Je les dois à l'obligeance de M. Piesvaux, médecin principal de la marine, qui a bien voulu me communiquer le rapport de fin de campagne dans lequel elles se trouvent relatées.

« Le 23 juillet 1881, le nommé Delpit, cloutier, est pris brusquement d'une fièvre intense avec frissons, sans prodrome; dès le premier jour, la température monte à 40°; le lendemain, légère rémission 39°; dans la journée, la température remonte à 42°,2. Le troisième jour je l'envoie à l'hôpital, à terre, avec le diagnostic: Fièvre rémittente grave; je lui avais administré 5 gram. de quinine en deux jours. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, survint un peu de délire; les jours suivants, la fièvre continuait toujours, le délire s'accroissait, la langue devenait rôtie. Il y avait de la stupeur, de la prostration. Devant l'ensemble de ces symptômes, le médecin de l'hôpital fut naturellement amené à reconnaître une fièvre typhoïde et le malade fut traité pour cette affection; la quinine avait été exclue du traitement, dès l'entrée du malade. Malgré cet appareil symptomatique, image frappante de la fièvre typhoïde, je conservais des doutes: le malade n'avait pas eu d'épistaxis, ce qui n'avait rien de bien extraordinaire; il me semblait que le début de l'affection, auquel j'avais assisté, ne ressemblait que de très loin à celui de la fièvre typhoïde; de plus, ce qui me paraît significatif, je ne constatais, bien que le premier septénaire fût écoulé, aucun symptôme abdominal: pas de douleur, pas de diarrhée, pas de ballonnement, pas de gargouillement, pas de taches rosées; le ventre était souple et indolent. La température d'ailleurs, tantôt de 40, tantôt de 38°, à quelques heures d'intervalle, présentait des oscillations qui ne concordaient pas avec la série si régulière et si caractéristique des oscillations ascendantes, stationnaires, décroissantes, de la dothiéntérie, dans lesquelles l'écart n'est jamais aussi considérable. Enfin, j'abrège: les jours s'écoulaient et, après diverses péripiéties, le malade succomba, le quarante et unième jour. L'autopsie fut faite, et on ne trouva aucune lésion des plaques de Peyer. »

« Plus tard, le 16 novembre 1881, un cas absolument ana-

logue devait se présenter à mon observation. Je fus obligé de garder le malade à bord, malgré les mauvaises conditions hygiéniques. La maladie suivit exactement la même marche que dans le cas précédent. Le début n'avait pas été le même ; pendant trois jours, cet homme avait présenté de légers accès de fièvre qui ne lui avaient pas même empêché de continuer son service de boulanger du bord. Ce ne fut que quatre jours plus tard que la fièvre le reprit ; cette fois elle devint continue, toutefois avec quelques rémissions ; elle persiste pendant trente et un jours, avec tout le cortège des symptômes généraux de la fièvre typhoïde déclarée : soubresauts de tendons, fuliginosités de la langue, des gencives ; stupeur, prostration ; absence complète des symptômes abdominaux... J'ai diagnostiqué une fièvre rémittente ou pernicieuse, à forme typhoïde, et je l'ai traitée par la quinine à haute dose, 2 gram. par jour, pendant toute la durée de la maladie... J'ai eu le bonheur de voir guérir mon malade, et si l'autopsie fait défaut dans cette observation pour confirmer le diagnostic, je crois que ce que j'ai dit précédemment prouve qu'il s'agissait ici, non d'une dothiéntérie, mais d'une fièvre paludéenne. Pour être à peu près complet, j'ajouterai que la température, chez ce malade, a présenté les mêmes oscillations que chez le nommé Delpit. »

Si à ces deux observations je compare l'Observation II, dont les hautes températures ont été précédées de véritables accès de fièvre, dont la convalescence a été interrompue encore par des accès intermittents, dont la période d'état a eu des écarts de plus d'un degré dans le même jour ; si de plus on se souvient que nous sommes au mois d'août, mois des grandes chaleurs, mois dans lequel les accès de fièvre peuvent, à Rochefort, revêtir un caractère pernicieux et constituer, comme je l'ai déjà dit, une subcontinue avec quelques symptômes typhoïdes, on est obligé de bien constater les lésions abdominales. Dans cette observa-

tion, il n'y a pas d'éruption, mais il y a de la douleur abdominale, du gargouillement et surtout de la diarrhée.

Les mêmes remarques peuvent être faites pour l'Observ. xx, mais il faut y ajouter de plus que nous sommes au mois de décembre, et qu'à cette époque de l'année, à Rochefort, il est bien rare, pour ne pas dire impossible, qu'une fièvre palustre prenne un caractère pernicieux.

L'Observation xvi, dont le diagnostic est douteux, me reste encore à examiner. N'est-elle pas une tuberculose aiguë ? C'est d'abord le thermomètre qui me répond. Dans les premiers jours, il donne des chiffres qui se rapportent parfaitement à la période ascendante de la fièvre typhoïde. Dans la tuberculose, à cette époque de la maladie, les écarts du thermomètre sont bien plus considérables ; généralement, le matin, la fièvre n'existe pas, et ce n'est que le soir que le thermomètre monte à 39°, 5, 40°. De plus, ces écarts sont irréguliers. Je ne parle pas des taches rosées, qui se rencontrent, cependant bien rarement, dans la tuberculose. Enfin, quelque rapide que soit la tuberculose dans sa marche, je crois qu'on trouverait peu d'observations où le malade succombe en dix-huit jours, comme ce malheureux infirmier. Dans la même salle, à quelques pas, se trouvait un homme dont le diagnostic fut longtemps douteux, dont la température était chaque soir de 41°, 40°, 5, le matin 38° au moins ; cet homme n'a succombé à la tuberculose aiguë que le soixante et dixième jour. De plus, cette affection, disons-le en passant, est bien rare à Rochefort. La tuberculose, très fréquente, y prend un cachet tout particulier de lenteur, et l'on voit chaque année traîner dans les salles, pendant des mois entiers des malheureux dont la maladie est depuis longtemps à la dernière période.

ÉTIOLOGIE.

En résumé, la population maritime de Rochefort a donné, dans l'année, seulement 24 cas de dothiéntérie, 11 chez les soldats d'infanterie de marine, 4 chez les ouvriers de l'arsenal, 3 matelots de l'escadre de passage à l'île d'Aix, 2 chez les artilleurs, enfin 4 infirmiers. On peut compter 1,000 soldats d'infanterie de marine, 250 artilleurs, 3 ou 400 matelots, et enfin 1,800 à 2,000 ouvriers. Tous ces chiffres sont approximatifs, ils sont excessivement variables. Peut-il en être autrement dans des corps chargés de fournir à toutes nos colonies et qui reçoivent 2,000 à 2,200 recrues et renvoient dans leurs foyers autant d'hommes ayant fini leur temps de service militaire? Les ouvriers seuls ont un personnel à peu près fixe.

Quoi qu'il en soit, et en mettant les chiffres assez restreints que j'ai donnés, on voit que la proportion des malades est bien petite, et il faut être à Rochefort pour y voir un fait extraordinaire. Elle est en effet à peine supérieure (chez les soldats) à la proportion que j'ai trouvée chez les ouvriers de la fonderie de Ruelle, où la maladie a été à l'état endémique pendant les trois ans de mon séjour dans cette petite ville. Je n'ai eu à soigner que quinze cas pour une population de 650 ouvriers en moyenne, et cependant je n'ai eu à signaler dans mes rapports qu'une épidémie de maison, maison dans laquelle un seul cas appartenait au personnel de la fonderie. Si ce fait est vrai pour les soldats, il n'en est plus de même pour le corps des infirmiers en particulier : 4 cas sur un personnel de 45 individus, et encore faut-il ajouter que 10 au moins de ces infirmiers ont dix et quinze ans de service, dans la marine; c'est dire qu'ils ont subi bien souvent, dans leurs incessantes campagnes, l'influence du

miasme typhoïdique, et que par conséquent on peut les considérer comme tout à fait indemnes.

C'est donc bien une petite bouffée épidémique, si on considère le nombre de malades par rapport à la population maritime. Si, au contraire, on considère la mortalité par rapport au nombre des malades, on ne peut s'empêcher de la considérer comme grave : 5 morts sur 24 cas. C'est presque 25 %, et le chiffre moyen donné par M. Jaccoud, dans une séance de l'Académie, est 19,5.

Pour s'expliquer le chiffre élevé de cette mortalité, il suffit de se rendre compte des conditions dans lesquelles ces hommes, matelots, militaires, infirmiers, sont tombés malades. Tous, d'abord, sont jeunes. Les matelots sont embarqués en escadre ; ils viennent de faire une traversée de quelques jours par un mauvais temps ; ils ont été soignés, au commencement de leur affection, dans un hôpital de bord, à la mer, dans des conditions hygiéniques toujours peu brillantes ; et enfin, pour arriver à Rochefort, il leur a fallu faire une traversée d'au moins trois heures, dans un cadre, sur le pont ou dans le faux-pont d'une canonnière. Les soldats reviennent à Rochefort les grandes manœuvres terminées ; c'est dire que pendant plus de quinze jours ils ont mené cette existence de marches et de contre-marches qui surmènent toujours les hommes, quelque entraînés qu'ils soient ; quelques-uns sont entrés le lendemain de leur arrivée : ils étaient donc revenus du Midi, d'Avignon, déjà atteints de l'affection. C'est à cette cause que j'attribue la mort de l'un d'eux (Observation xx). Atteint depuis quelques jours, il avait tenu à rejoindre son port, et il venait de rester plus de vingt-quatre heures en chemin de fer ; aussi, à son entrée à l'hôpital, il a la température 40°,5, et huit jours après il succombe dans l'adynamie, ne montrant que des lésions de peu d'importance.

Je me hâte d'ajouter que l'on peut bien expliquer le petit nombre de ces lésions par la rapidité de la mort. Quant aux infirmiers, il suffit de dire qu'ils sont jeunes (l'un a 18 ans), qu'ils

ont quelques mois seulement de ce dur métier, et de plus qu'ils sont occupés dans une salle de dothiéntériques.

Ce que je viens de dire explique la gravité de certains cas, mais on n'y trouve pas la cause du changement dans la constitution médicale de la ville. Cherchons si dans les conditions hygiéniques, dans l'état climatérique, nous n'en trouverons par les causes.

Construite il y a deux siècles, sur la rive droite de la Charente, la ville de Rochefort, n'étaient ses marais, dont l'influence tend de jour en jour à disparaître, serait dans d'excellentes conditions hygiéniques. Ses rues, larges, droites, se croisant, comme dans les villes de l'Amérique du Nord, à angle droit, sont balayées par les vents du nord et l'ouest ; batie sur un monticule, comme l'indique son nom, elle s'élève de 4 à 5 mètres au-dessus des plus hautes marées ; ses eaux, ses pluies ont donc un écoulement facile.

Le port de guerre, le port de commerce, séparent la ville et les faubourgs des rives boueuses de la Charente.

Les faubourgs peuvent seuls s'agrandir, car la ville est enserrée entre les vastes établissements de l'arsenal et des remparts couverts de magnifiques arbres. C'est donc là seulement que peut se porter le surplus de la population ouvrière.

Heureusement, les conditions hygiéniques sont aussi bonnes au dehors qu'au dedans des remparts. Les maisons extérieures ont presque toutes leur jardin et sont habitées par une population naturellement propre, dont les ménagères entretiennent avec un soin scrupuleux trottoir, maison, jardin.

Depuis huit ans, une eau excellente, amenée à grands frais de plusieurs kilomètres, est distribuée par de nombreuses fontaines, en assez grande quantité pour qu'on puisse la gaspiller.

Certes, il lui reste toujours sa ceinture de marais ; mais ils ont changé d'aspect, ils sont sillonnés de canaux permettant pendant l'hiver l'écoulement des eaux, les retenant au contraire pendant

l'été. Aussi presque tous sont devenus de vastes prairies qui font la richesse des campagnes environnantes.

Les casernes, bâties aux extrémités nord et sud de la ville, sont vastes, prêtes à contenir, sans qu'on y puisse produire l'encombrement, une population militaire double de celle qui les a occupées pendant l'automne et l'hiver.

L'hôpital se compose de vastes salles, toutes admirablement aérées, et le petit nombre de lits qu'elles contiennent les mettent dans les meilleures conditions. De plus, chacune d'elles est tous les ans laissée libre pendant un ou deux mois, et on en profite pour la nettoyer complètement.

Deux causes ont pu avoir quelque influence sur la constitution médicale : c'est d'abord l'augmentation de la population, ensuite des travaux importants faits dans le port de guerre et dans le port de commerce.

Le département de la Charente-Inférieure est, comme beaucoup d'autres, fortement éprouvé par la perte presque totale de ses vignes. Les paysans, ne trouvant plus chez eux l'argent nécessaire pour vivre avec le confortable dont ils avaient l'habitude, viennent en grand nombre dans les villes voisines, principalement à Rochefort, qui est peut-être la ville offrant le plus de ressources pour un travailleur. Cette immigration a été encore augmentée par les travaux importants de deux immenses bassins construits, l'un à l'est de la partie centrale de la ville, dont il est séparé par les établissements de l'arsenal ; l'autre au nord de la ville, à sept ou huit cent mètres environ des casernes de l'artillerie et de l'infanterie de marine. Je ne crois pas que ces bassins aient pu avoir d'influence sur l'affection qui nous occupe ; mais je crains bien qu'après les grands mouvements de terre ou, pour mieux dire, de vase que ces travaux auront amenés, le paludisme, qui semble tendre à disparaître, ne reprenne pendant quelque temps une nouvelle vigueur. Jusqu'à présent cependant, rien n'est

venu prouver cette action nuisible. De 1858 à 1861, un bassin de commerce avait été construit, plus près de la ville il est vrai, et il en était résulté une recrudescence de fièvre grave.

Quelles ont été, pendant cet automne et cet hiver de 1882, les conditions climatériques ?

Comme pour toute la France, du moins au Nord et à l'Ouest, la température a été beaucoup au-dessus de la moyenne, et la pluie a été, surtout dans l'Ouest, presque continuelle. Les coups de vents de sud-ouest succédaient aux coups de vent d'ouest, et ces vents sont presque toujours, pour ne pas dire toujours, accompagnés de pluie. A Rochefort, le pluviomètre a constaté qu'il était tombé deux fois plus d'eau que les années précédentes.

Sous cette influence, la Charente avait débordé, non dans la partie inférieure de son cours, où elle ne déborde jamais, mais dans les plaines qui se trouvent situées autour et au-dessus de Saintes, qui, couvertes et découvertes tour à tour, ont subi une véritable inondation intermittente. Saintes a vu son sous-sol envahi par les eaux, et l'épidémie si grave qui y a régné, a pu, avec quelque raison, être attribuée à cette cause.

A Rochefort, cette pluie continuelle, cette température si différente de ce qu'elle était les autres années, a produit un changement dans la constitution médicale parfaitement évident.

A la fin de la saison d'été, sous l'influence des grandes chaleurs, paraissent, à l'hôpital comme en ville, de nombreux cas plus ou moins graves de fièvre palustre. Pendant l'automne et l'hiver, généralement assez doux, mais ayant de temps à autre quelques journées réellement froides, grâce au vent de nord-est, c'est le tour des rhumatismes articulaires, des pleurésies, des pleuropneumonies, affections toutes très graves. Cette année, ces affections n'ont point fait de victimes. Dans les salles, on ne voyait que les quelques cas de fièvre typhoïde qui font le sujet de cette Thèse et quelques malheureux atteints de tuberculose torpide qui

achevaient, encore plus lentement qu'ils ne l'auraient fait dans des conditions climatiques différentes, de traîner leur malheureuse existence.

Certes, l'élévation de la température, c'est ma conviction, a permis à la dothiéntérie de se montrer de nouveau au commencement de décembre aussi bien à Rochefort, où la recrudescence a été presque insignifiante, qu'à Saintes, où elle a été terrible.

Je viens d'examiner les différentes circonstances qui ont pu avoir de l'influence sur cette petite bouffée épidémique ; je vais essayer, en étudiant les Observations de plus près, d'en trouver l'origine. Je dois pour cela les diviser en trois groupes : le premier, dans lequel se trouvent les hommes atteints en ville ; le deuxième, comprenant les hommes atteints à l'extérieur ; le troisième, comprenant les malades contaminés à l'hôpital.

Pour les premiers, nous devons nous souvenir que nous sommes dans un pays où la maladie, bien que très rare, existe cependant ; que ces premiers cas se montrent à l'époque des grandes chaleurs, époque à laquelle existent d'ordinaire, à Rochefort, sous l'influence du paludisme et de la température élevée, la palustre subcontinue, dont j'ai déjà parlé, et qui offre quelquefois des symptômes typhoïdes. Dans ces circonstances, ne peut-on pas admettre l'origine spontanée chez des organismes prédisposés ?

Pour les seconds, arrivant soit de l'escadre, soit des grandes manœuvres, ils se trouvaient, par les conditions d'existence aussi pénibles que possible, aptes à contracter une affection endémique, aussi bien à bord que dans les camps.

Pour les troisièmes, je crois qu'il est difficile de ne pas admettre la contagion. Le malade de l'Observation xxiv était, depuis plus de quinze jours, à l'hôpital quand il tomba malade ; c'est bien dans la salle qu'il a pris le germe de sa maladie. Quant aux infirmiers, ils étaient continuellement en contact avec les dothi-

nentériques, et pour moi il n'y a pas de doutes à avoir : c'est dans ce contact continu que ces hommes ont trouvé la cause de leur maladie.

SYMPTOMES.

Le caractère général de cette petite épidémie est difficile à établir. A côté de cas bénins que je n'ai signalés que par ces mots : symptômes normaux, cycle thermométrique régulier, on voit, comme dans l'Observation xiv, le malade arriver à l'hôpital très gravement atteint et succomber avant le quinzième jour ; comme dans l'Observation vii, le malade n'entre en convalescence que le quarantième jour, après avoir supporté toute une série d'accidents. Un seul fait se retrouve dans toutes les observations, sauf peut-être deux ou trois : c'est l'élévation de la température, qui pendant la période d'état montait généralement à 40°,3, 40°,5.

Je crois que si l'on considère les conditions d'âge, d'existence dans lesquelles se trouvaient ces hommes, on doit trouver heureux le résultat obtenu. Je me rappelle avoir vu presque chaque année, dans l'hôpital de la Marine de Toulon, des bouffées épidémiques de ce genre ; mais tous les cas étaient bien plus graves, et le chiffre de la mortalité était certainement plus élevé.

Les cas contractés à Rochefort ont une bénignité relative, et je ne suis pas éloigné de croire à une certaine influence de l'immunité dont cette ville jouit d'ordinaire. Les derniers malades sont jeunes ; ils sont, par leur profession ou par leur séjour dans une salle, en contact constant avec le miasme typhoïdique ; et cependant leurs fièvres sont bénignes et méritent presque par leurs symptômes le nom de typhus ambulatoire.

Presque tous les malades sont arrivés à l'hôpital la période d'état parfaitement établie ; il est donc impossible de retrouver

sur leurs feuilles de clinique quel a été le début de la maladie. Dans deux cas seulement, on a noté des accès de fièvre intermittente. C'est un début assez fréquent dans tous les pays paludéens, et je me rappelle que c'était ainsi qu'avaient débuté les quatre cas qu'il m'a été donné d'observer au Sénégal, pendant un séjour de trois ans. J'avoue que mon diagnostic fut plusieurs jours douteux, malgré tous les symptômes abdominaux, malgré le tracé thermométrique : il ne devint certain qu'après l'autopsie d'un des malades, mort des suites d'une hémorrhagie intestinale.

Les deux Observations III et IV seulement doivent être considérées comme se rapportant à de véritables fièvres ataxiques ; encore les symptômes nerveux ont-ils été de peu de durée, et ont-ils été bientôt remplacés par de l'adynamie. Les deux malades ont été sauvés.

Trois hommes ont été adynamiques dès le premier jour : ce sont ceux des Observations VII, VIII et IX. Le premier, après de nombreux accidents : congestion pulmonaire, eschare du sacrum, paralysie du voile du palais, a été assez heureux pour être sauvé. Les deux autres sont morts le neuvième jour et le vingtième jour de leur entrée à l'hôpital.

Pas un seul cas de forme abortive ; c'est dire que la période de décroissance a toujours été régulière et qu'elle n'a jamais commencé avant le dix-huitième ou le vingtième jour.

L'Observation XVI peut être considérée comme représentant la forme pectorale.

Quant aux autres cas, ils doivent être considérés comme normaux, sans aucune prédominance de telle ou telle lésion. Quelques légers symptômes nerveux, tous ou presque tous les symptômes abdominaux, quelques complications du côté du thorax, mais survenant comme conséquence de l'adynamie des derniers jours, de la période d'état : tels sont les principaux désordres qui ont été constants dans ces Observations.

Examinons rapidement maintenant les différents phénomènes

nerveux, abdominaux, thoraciques, nous arrêtant particulièrement sur ceux qui ont été assez forts pour constituer un véritable accident de la maladie.

Les phénomènes nerveux n'ont d'importance que dans les cas cités plus haut en parlant des formes de la maladie. Dans toutes les Observations, il existe de l'hébétude, de l'insomnie, quelquefois du subdélirium, des soubresauts de tendons, de la lenteur dans les réponses ; deux fois on trouve notée la surdité ; mais tous ces symptômes disparaissent des les premiers jours de la convalescence. Un seul symptôme a persisté dans l'Observation VII, pendant les quinze premiers jours de la convalescence : cet homme avait une légère paralysie du voile du palais, lui rendant difficiles les mouvements de déglutition.

Les symptômes thoraciques ont été signalés dans presque toutes les Observations. Dans celle que j'ai citée tout à l'heure comme forme pectorale, la fluxion broncho-pulmonaire a été la lésion dominante et elle a, je crois, amené la mort du malade. Dans plusieurs autres, elle a mis sérieusement en danger les hommes qu'elle atteignait, sans cependant pour cela jouer dans la maladie le rôle prédominant (Observations III, V, VII). Chez un autre enfin, elle est venue achever le pauvre malheureux déjà sidéré par l'adynamie (Observation XIV). L'angine, que M. Jaccoud donne comme fréquente dans les premiers jours de la maladie, n'a été signalée dans aucun cas. Il ne faut pas s'en étonner, la maladie étant déjà avancée quand les hommes arrivaient à l'hôpital.

J'en dis autant de l'épistaxis comme phénomène de la première période. Elle n'a été signalée que dans deux Observations, et il est probable que les cas où elle a existé sont plus nombreux. Ce symptôme, qui n'a d'importance généralement qu'au point de vue du diagnostic, peut quelquefois devenir un véritable danger s'il se répète et si, arrivant dans une période de la maladie déjà bien établie, il produit une perte considérable de sang. C'est ce

qui est arrivé pour un des malades, celui de l'Observation xiv. Le neuvième jour de son entrée à l'hôpital, le quatorzième ou quinzième de sa maladie, une deuxième ou troisième hémorrhagie nasale n'a pu être arrêtée que par le tamponnement. Le malade avait perdu une grande quantité de sang, et la fièvre, qui jusqu'à là n'avait qu'un caractère bénin, devint grave. Le pouls et la température s'élevèrent, et quelques jours après le malade tomba dans une adynamie profonde dont il ne put se relever, et qui doit être attribuée à cette abondante hémorrhagie.

Les sueurs sont quelquefois abondantes pendant la période d'état de la fièvre typhoïde. L'Observation xix en présente un cas remarquable. Pendant plus de quinze jours, toutes les nuits et même dans le jour on les a signalées, le malade eut une rechute, et sa convalescence fut très longue, bien que la rechute fût assez légère.

Dans toutes les Observations, sauf l'Observation v, les taches rosées sont signalées, tantôt apparaissant en petit nombre et toutes le même jour, tantôt en grand nombre et par poussées successives. Dans deux cas, cette poussée fut suivie d'une éruption différente. Dans l'Observation iv, après les taches rosées vinrent de véritables papules qui amenèrent ensuite un certain nombre de furoncles. Dans l'Observation vii, remarquable par sa gravité, les taches furent abondantes et se transformèrent en véritable éruption scarlatineiforme.

Les symptômes abdominaux ont été notés dans toutes les Observations : gargouillement, douleur dans la fosse iliaque droite, météorisme, diarrhée ; dans deux ou trois cas seulement, développement plus considérable de la rate et du foie, tels sont les phénomènes que l'on trouve signalés. Ce gonflement de la rate et du foie n'a pas eu la valeur qu'il peut avoir dans d'autres pays, car nous sommes dans une ville soumise à l'influence du paludisme. La diarrhée, qui a toujours existé, n'acquiert qu'une seule

fois une intensité assez grande pour qu'on la soigne (Observation xvi). Dans deux ou trois cas, la constipation existait au moment de l'entrée à l'hôpital, mais elle n'a jamais duré au delà du premier septénaire.

La dernière Observation est remarquable par les accidents péritonéaux qui se sont brusquement montrés pendant le cours d'un véritable typhus ambulatorio.

Est-ce une perforation avec péritonite ou une péritonite sans perforation que nous avons soignée et guérie? Les cas de guérison sont rares, mais il en existe.

Voici ce que dit à ce sujet M. Jaccoud :

« Dans les cas rares de péritonite où la guérison a lieu, c'est que des adhérences préalables ont substitué à l'inflammation diffuse de la séreuse un foyer circonscrit, qui s'éteint sur place ou s'ouvre au dehors. »

Et plus loin :

« La péritonite n'est pas un signe certain de perforation; dans quelques cas, elle est causée, soit par l'extension de la phlogose intestinale, soit par la rupture des glandes mésentériques suppurées, soit enfin sans cause locale saisissable. »

Quelle est celle de ces deux causes qui agissait dans les phénomènes péritonéaux de l'Observation xxiv ?

Je crois, et c'était aussi l'avis de M. le médecin principal de la marine, Gailhard, chargé alors du service de la salle, que ce malade a été atteint de perforation avec péritonite localisée et circonscrite par des adhérences préalables. La douleur était née si rapidement, en allant à la selle au pied de son lit, sans être soutenu par personne, en faisant par conséquent d'assez violents efforts; elle était si nettement localisée en ce point de la région iliaque droite, siège ordinaire des lésions de la fièvre typhoïde, que nous regardions notre diagnostic comme certain, malgré le faciès encore assez bon, malgré le peu de fréquence des nau-

sées et des vomissements, malgré le pouls, qui était filant, mais ne dépassait pas 100. Fort heureusement, contre nos prévisions, nous n'avons pu constater si notre diagnostic était bon.

Aujourd'hui encore, en relisant cette Observation, que je possède et que j'ai essayé de reproduire en quelques lignes aussi exactement que possible, je ne puis que conserver mon opinion, me rappelant que c'est à la même cause que Murchison attribue les accidents de sa xxxviii^e Observation.

« Le 23 novembre, dit-il, il fut saisi de douleurs aiguës dans l'abdomen, très distendu et sensible, vomissements, respiration thoracique, pouls filant à 132 ; opium abondamment employé. Quatre jours de symptômes graves, puis formation d'une tumeur qui six mois après s'ouvre à l'extérieur. »

Certes, dans cette Observation les accidents sont plus graves que chez notre malade ; mais n'ont-ils pas beaucoup de points de ressemblance, et cet abcès qui s'ouvre quelques mois après n'est-ce pas ce qui a été sur le point d'exister au moment où on appliquait sur la tumeur des caustiques de Vienne, s'attendant tous les jours à se trouver en présence d'une fluctuation évidente ? Comme dans l'Observation de M. Murchison, les symptômes graves ont duré quelques jours ; seulement il y a eu, sous l'influence de quelques mouvements, une rechute.

J'arrête ici ce que j'avais à dire des symptômes et des accidents survenus pendant les périodes d'état et de décroissance. Je vais continuer en disant quelques mots de la convalescence.

Presque toutes les convalescences ont été assez longues. Les unes rendues difficiles par la faiblesse du malade, par des eschares toujours longues à guérir (Observation vii) ; le plus grand nombre par des accès de fièvre intermittente qui, sans être graves, étaient cependant une cause sérieuse d'affaiblissement. C'est là, je puis le dire, le cachet particulier de ces quelques cas de dothiéntérie. Ils prouvent qu'encore de nos jours, quelques

progrès que la ville de Rochefort ait faits au point de vue de la salubrité, elle est encore soumise à l'influence du paludisme. Ces faits n'ont d'ailleurs rien d'étonnant. Des discussions nombreuses n'ont-elles pas prouvé quelle influence avait le paludisme dans toutes les affections, et M. Verneuil n'a-t-il pas, l'année dernière encore, par de nombreux articles dans les journaux, par de fréquentes communications à la Société de Chirurgie, prouvé que les maladies chirurgicales elles-mêmes étaient aggravées lorsqu'elles frappaient un homme atteint de paludisme ?

Les convalescences n'ont pas été seulement troublées par des accès de fièvre intermittente, elles ont été interrompues par de véritables rechutes : trois fois, la convalescence bien établie depuis quelques jours, la maladie a recommencé ; une fois, la rechute a été sans gravité (Observation XIX) ; dans les deux autres cas, elle amène la mort du premier (Observation XIII) et rend très pénible la convalescence du second.

Les rechutes dans la fièvre typhoïde sont, comme le dit M. Jaccoud, assez rares ; elles s'expliquent ordinairement par quelque imprudence du malade. Il m'a été impossible, dans ces trois cas, de découvrir la cause : c'était probablement quelque écart de régime. Dans deux rechutes, chez des malades que j'avais soignés à Ruelle, j'ai été assez heureux pour arriver à découvrir l'origine ; dans les deux cas, la réversion fut très grave, et elle avait une cause identique. Tous les deux ne mangeaient encore que du lait, quelques biscuits, de la viande à peine cuite, des œufs ; l'un d'eux saisit quelques marrons, l'autre une bonne assiettée de soupe aux pommes de terre. Il en résulta chez les deux une indigestion ; malgré des symptômes très graves, je fus assez heureux pour les sauver. La convalescence fut franche chez le premier, seulement le cinquante-cinquième jour ; chez le second, le soixante et dixième.

La température a été, comme je l'ai déjà dit, je crois, très élevée pendant la période d'état. Le maximum a été presque tou-

jours 40°,5 et même 40°,8. Sans parler des Observations II et XX, où la différence de température entre le matin et le soir était si considérable, je crois que cet écart a été généralement plus grand qu'il ne l'est dans le tracé parfaitement régulier de la douthiéntérie. Chez presque tous les malades qui ont eu dans la convalescence des accès de fièvre, on remarque pendant la maladie elle-même des écarts pendant une journée, représentant en quelque sorte de véritables accès de fièvre : Observation III, neuvième jour de la maladie, T. matin, 39°,5; soir, 40°,1; dixième jour, T. 38°,9; soir, 40°,2.

Les deux jours suivants cet écart s'arrête, et nous n'avons que quatre dixièmes de différence entre le soir et le matin. Aucune médication ne peut expliquer cet abaissement de température ; le malade n'a pris que plus tard de l'acide salicylique. La période de décroissance thermométrique a toujours été régulière, quelquefois très longue, comme dans l'Observation VII, où elle a duré plus de dix jours, tandis que normalement elle est ordinairement de six à sept jours.

Le pouls a été dans plusieurs observations remarquable par la différence de ses indications avec celles du thermomètre. Dans l'Observation XIV, cette différence était remarquable dans les premiers jours ; mais aussitôt après l'hémorrhagie il devint plus fréquent, donnant les mêmes indications que le thermomètre. Dans une autre observation, ce fut la dernière partie de la maladie dans laquelle se montrèrent des écarts considérables entre le pouls et le thermomètre. Enfin, dans une dernière, malgré les T. 40°,5, 40°,6, le pouls n'est jamais arrivé au-dessus de 100. Inutile de dire que dans ces deux derniers cas la terminaison fut favorable.

CAUSES DES DÉCÈS.

Sur les cinq hommes qui ont succombé, deux seulement ont été tués par la violence, la gravité de la maladie (Observation VIII,

Observation xvi); encore ce dernier, dont l'autopsie n'a pas été faite, est-il douteux. Cependant pour moi, et je crois l'avoir prouvé, c'est bien la fièvre typhoïde qui l'a enlevé après quinze jours. Des trois autres, le malade de l'Observation ix est mort d'épuisement, d'adynamie, présentant des symptômes diphtéritiques, des eschares du sacrum le dix-neuvième jour de son entrée à l'hôpital, le vingt-cinquième de sa maladie; le malade de l'Observation xiii est mort, après une rechute, le trente quatrième jour de son entrée à l'hôpital, dans le collapsus; le dernier enfin (Observation xiv) est mort dans l'adynamie qui a été le résultat d'une hémorrhagie nasale.

AUTOPSIES.

Quatre autopsies ont été faites.

La première, celle du soldat d'infanterie de marine revenant des grandes manœuvres, qui avait été en quelque sorte jugulé par la fièvre typhoïde, ne présentait que des lésions insignifiantes. Trois petites ulcérations se détachant du reste de la muqueuse à peine entamée.

La seconde, celle de l'ouvrier du port, après des accidents diphtéritiques, est remarquable par les lésions du foie qui prouvaient que cet homme était, avant de tomber malade, déjà épuisé par des affections antérieures. Les plaques, les ulcérations, étaient nombreuses, et plusieurs de celles-ci n'avaient plus que la sereuse à entamer pour arriver à la perforation.

La troisième est celle du soldat d'artillerie qui est mort après une rechute. Tous les ganglions mésentériques sont engorgés, les ulcérations sont nombreuses : les unes sont cicatrisées, les autres en voie de cicatrisation, d'autres enfin tendent à la perforation. Cette autopsie est remarquable, car elle prouve que la rechute est, elle aussi, accompagnée des lésions pathognomoniques de l'intestin.

La quatrième est celle du malheureux soldat qu'une hémorragie nasale fit succomber. On trouve les poumons ne crépitant pas, laissant écouler une grande quantité de sérosité rougeâtre et spumeuse ; enfin, ce qui est remarquable, des follicules durcis, des plaques de Peyer ramollies qui proéminent sur l'intestin, mais aucune d'elles n'est ulcérée. Ce fait est étonnant, étant donnée l'époque de la mort, arrivée le dix-huitième ou dix-neuvième jour de la maladie.

TRAITEMENT.

Ces malades ont été soignés dans des salles différentes par des médecins différents, et cependant leur traitement a été presque identique. C'est celui que M. Jaccoud appelle traitement uniforme, qu'il a formulé dans la première édition de sa *Pathologie interne* et qu'il a développé si éloquemment, aux applaudissements de toute l'Académie, pendant la séance du 6 février 1883.

On a toujours cherché à obéir à ces trois indications : 1° combattre l'adynamie, qui est constante dans la dernière période de la fièvre typhoïde ; 2° combattre la calorification excessive, dangereuse pour l'appareil nerveux et le cœur ; 3° diminuer et combattre les congestions passives des différents appareils, et particulièrement de l'appareil pulmonaire.

Le quinquina, quelquefois l'alcool, étaient donnés dès les premiers jours ; on cherchait de plus, à l'aide de lait, de bouillon, de vin, à nourrir le malade. Les quantités dépendaient de l'état de son estomac.

Pour répondre à la seconde indication, les moyens variaient. C'était le moment où l'acide salicylique, l'acide phénique, le sulfate de quinine, les bains froids, l'ergot de seigle, étaient chaque semaine le sujet de nouvelles communications à l'Académie. Ainsi voyons-nous employer comme antithermiques les lotions froides, l'acide salicylique, l'acide phénique, la quinine.

Presque tous les malades ont été soumis aux lotions froides ; c'était, on peut le dire, le moyen constant contre les fortes températures. Les bains froids n'ont jamais été employés.

L'acide salicylique a été employé dans deux ou trois cas, mais seulement un ou deux jours, et son action n'a pas été bien évidente. Chez deux malades que j'ai soignés à Ruelle, je l'ai em-

ployé pendant quinze jours ; je dois dire que mes malades étaient dans un état très grave et que je désespérais d'eux.

J'arrivais progressivement à la dose de 5 gram. donnés en seize cachets ; cette dose fut maintenue deux jours, et peu à peu la dose fut diminuée jusqu'à 1 gram. Je fus assez heureux pour non seulement obtenir un abaissement de température de plus d'un degré, mais encore transformer pour ainsi dire l'état général de mes malades. Tous les deux guérirent.

L'acide phénique a été employé en lavements de 1 gram. ou de 0^{gr},50 centigram., et, dans deux ou trois observations, il a donné de bons résultats.

La quinine a été employée, mais aux doses de 1 gram. et non aux hautes doses de 2 et de 3 gram. Dans quelques observations, elle a été employée pendant dix et douze jours, dans d'autres seulement un ou deux jours. Tous les malades y ont été soumis plus ou moins, aussitôt que le thermomètre marquait des différences un peu sensibles dans les écarts du matin et du soir ; on se rappelait qu'on était à Rochefort et qu'il fallait lutter, non seulement contre la maladie, mais encore contre le paludisme.

L'ergot de seigle n'a été employé dans aucune des observations.

Les seules congestions passives contre lesquelles on a lutté sont les congestions pulmonaires. Elles ont été assez nombreuses ; elles ont, dans plusieurs observations, résisté à l'application de nombreuses ventouses et forcé les médecins à employer le vésicatoire, qui, étant donnée l'adynamie des malades, est souvent dangereux. L'organisme n'ayant plus la force de faire la réparation et étant disposé plutôt aux eschares qu'à la cicatrisation, on voit le danger ; cependant on est forcé quelquefois d'y avoir recours, comme le montrent plusieurs des observations. Dans un seul cas, le vésicatoire fut recouvert de fausses membranes. Quand on est forcé d'en appliquer, il faut toujours prendre la précaution de

ne les laisser que peu de temps, les surveiller toutes les deux heures, et aussitôt que la peau commence à se soulever il faut les enlever. En prenant ces précautions, j'ai pu sans accident, pour lutter contre des désordres méningitiques, appliquer en quarante-huit heures six vésicatoires.

Et c'est à cette médication, quelque peu barbare, que j'ai dû, je le crois du moins, de sauver cet enfant de 8 ans qui était au vingtième jour de maladie, et était par conséquent dans un état d'adynamie profonde.

L'épidémie n'a pas été assez forte pour qu'il fût pris de dispositions hygiéniques contre elle. Cependant, au moment où elle a cessé, on se disposait à isoler les malades. Il est inutile de dire tous les moyens hygiéniques employés dans les salles : acide phénique dans les vases, changements fréquents de linge et même de lit, tout malade grave ayant, dans les salles de la Marine, à sa disposition le lit voisin.

Telle est l'histoire aussi complète que possible de cette petite bouffée épidémique, laquelle n'a pas une très grande importance et ne peut être comparée à celle de Saintes ou de Paris. J'ai pensé que malgré son peu de gravité elle avait, à cause de l'immunité habituelle de la ville dans laquelle elle a existé, une certaine importance. J'ai pensé que les rechutes, les accès de fièvre intermittente de la convalescence, lui donnaient un caractère particulier qui pourra être utile à ceux qui tenteront l'histoire épidémique de l'année 1882.

Montpellier, le 19 novembre 1883.

Vu :
Le Président-Censeur,
COMBAL.

Permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie.
G. CHANCEL.

Vu, bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.



QUESTIONS TIRÉES AU SORT
AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT
(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

Du chlore, du brome et de l'iode au point de vue chimique et pharmaceutique.

Physique médicale.

Détermination de la température d'un lieu.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Comment s'opère la fécondation végétale.

Anatomie.

Décrire les nerfs qui se distribuent dans l'orbite.

Anatomie Pathologique et Histologie.

Du névrome.

Physiologie.

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne.

Le choléra-morbus asiatique est-il de même nature que le choléra-nostras ?

Pathologie chirurgicale ou externe.

De la pustule malingne.

Thérapeutique et Matière médicale.

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et Appareils.

Du traitement des blessures de l'artère fémorale.

Médecine légale et Toxicologie.

De l'arsenic dans le traitement des fièvres intermittentes.

Hygiène.

Du régime alimentaire des opérés.

Accouchements.

Qu'est-ce que le souffle utérin ?

Clinique interne.

De la péritonite aiguë.

Clinique externe.

Caractère clinique des fièvres rémittentes.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

Du délire en général.

Titre de la Thèse à soutenir.

La fièvre typhoïde à l'hôpital de la Marine de Rochefort pendant l'année 1882.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
